

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Kystes hydatiques de la rate et de leurs ruptures

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles BERGERET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né le 3 Février 1905, à Gray (Haute-Saône)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Vandrey 32-55

LYON

—
1929

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE
ET DE LEURS RUPTURES**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes hydatiques de la rate et de leurs ruptures

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles BERGERET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né le 3 Février 1905, à Gray (Haute-Saône)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Vaudrey 32-55
LYON

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZEN
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. CADE, Président ; M. CHALIER J., Assesseur ;
MM. DEVIC et GATÉ, Agrégés



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je conserverai comme un modèle, au cours de ma carrière, le pieux souvenir de sa très grande bonté.

A MA CHÈRE MÈRE

En faible témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CADE

*Professeur de Pathologie générale à la
Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Pendant le semestre que nous avons passé dans son service il fut toujours pour nous d'une très grande bienveillance.

Il nous inspira le sujet de cette thèse qu'il veut bien nous faire aujourd'hui l'honneur de présider.

C'est pour nous un agréable devoir de lui exprimer ici toute notre reconnaissance et notre respectueuse admiration.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE.

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours du semestre que nous avons passé dans le Service de M. le Professeur CADE, nous avons pu observer un malade fort intéressant à propos duquel notre Maître nous fit l'honneur de nous demander notre collaboration bien inexpérimentée pour publier dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 20 août 1929 un article sur les ruptures des kystes hydatiques de la rate dans les voies digestives, avec l'observation de ce malade.

M. le Professeur CADE nous conseilla alors d'étudier les différents modes de ruptures propres au kyste hydatique de la rate, pour en faire le sujet de notre Thèse.

Nous avons pensé qu'il était nécessaire, à ce propos, d'envisager rapidement le tableau clinique du kyste de la rate, ses moyens de diagnostic et son traitement, ce dernier constituant la seule prophylaxie des ruptures.

Telle est la division de notre travail.

HISTORIQUE

Le kyste hydatique de la rate, malgré la rareté relative de cette localisation de l'Echinococcose, est une affection connue depuis longtemps déjà et dont l'étude a fait l'objet d'un certain nombre de travaux.

Dès 1641, Félice PLATER décrivait des vésicules identiques au niveau du foie et de la rate.

Les anciens auteurs étaient surtout frappés, au cours de leurs constatations nécropsiques, par le volume parfois considérable qu'atteignaient les kystes de la rate. MORGANI rapporte un cas de COTTER qui observa un kyste hydatique de la rate « gros comme les deux poings ».

David MANCHARD en observe un cas « magnus tamen ut qui basi diaphragmati annexa virile caput non mediocre aequabat ; pondere quoque non superabat libras quattuor ».

TOMMASI en décrit un cas rencontré à l'autopsie, occupant un espace compris entre les dernières côtes et la crête iliaque et s'étendant en largeur jusqu'à la ligne ombilicale.

La première observation de kyste hydatique de la rate publiée est celle de Berthelot, en 1790. Une des premières statistiques est publiée en 1869 par un médecin islandais, Jon FINSEN.

Les travaux de LE NOEL, en 1879, de MOSLER, en 1884, les Thèses de Lainé, de Cras, de Warot et de Martin sont, parmi les études faites sur ce sujet, les

plus classiques, sans oublier les très belles leçons cliniques que Dieulafoy lui consacra en 1898.

Plus près de nous, le mémoire de Cavina, en 1925, les travaux de MM. Costantini et Goinard, d'Alger, ont éclairé cette question d'un jour nouveau.

L'étude des ruptures des kystes de la rate n'a pas fait l'objet d'étude spéciale. M. DÉVÉ, dans sa Thèse, s'est surtout occupé, à propos de l'Echinococcose secondaire, des ruptures du kyste hépatique. C'est qu'en effet cette complication du kyste hydatique de la rate n'est pas couramment rencontrée en clinique en raison même de la rareté de cette localisation relativement aux autres organes.

CHAPITRE PREMIER .

Rappel Anatomo-Clinique

1° Fréquence.

Des différentes statistiques publiées sur les localisations de l'Echinococcose, il ressort que le kyste hydatique de la rate se rencontre dans la proportion de 3 pour 100. Nous citons ici les chiffres de M. Brumpt dans son *Précis de Parasitologie* :

Foie.	73,7 %
Poumon	11,2 %
Rein	6,5 %
Abdomen et bassin	5,6 %
Rate	3 %

2° Pathogénie.

Une première question s'est posée à propos du kyste hydatique de la rate : est-il primitif ou secondaire ?

Nombreuses sont les observations ou les relations d'autopsies témoignant de la double localisation des vésicules sur le foie et sur la rate. Cependant, dans une revue générale récente sur cette question, MM. Michaux, Borel et Ruggiero déclarent qu'on ne trouve ces localisations simultanées que dans 1/5° des cas seulement. Le plus souvent, le kyste hydatique de la rate serait donc primitif.

Une seconde question longtemps discutée est la sui-

vante : Par quelle voie l'embryon gagne-t-il le parenchyme splénique ? Problème pathogénique diversement résolu. Disons brièvement que la voie artérielle est actuellement la plus généralement admise, alors que le mode d'infection pour le foie serait la voie veineuse et, plus exactement, le système porte.

Cette hypothèse, dont il est difficile de donner une confirmation expérimentale, cadre bien avec la rareté relative des kystes hydatiques de la rate, le foie jouant en somme, au point de vue de l'infestation échinococcique, le rôle d'une barrière qui arrête à leur passage, dans le plus grand nombre des cas, les embryons.

On ne comprend pas pourquoi la localisation splénique ne serait pas plus fréquente, si la voie veineuse était la voie d'apport du parasite.

On peut conclure, croyons-nous avec M. Michaux, que de tous les embryons arrivant au foie, 75 p. 100 s'y fixent, 25 p. 100 le traversent, gagnent le cœur et le poumon ; près de la moitié d'entre eux s'y arrêtent et 12 p. 100 environ sont transportés par l'aorte dans les différents organes.

3° Anatomie pathologique.

Dieulafoy, dans ses leçons cliniques de 1898, a donné du kyste hydatique de la rate, une description anatomopathologique très didactique.

Il distinguait trois variétés : les kystes intra-spléniques, les kystes extériorisés et les kystes juxta-spléniques.

Dans la pratique, même en présence des résultats

nécropsiques, il est souvent très délicat de déterminer le point de départ exact de la lésion.

Cras, dans sa Thèse, admettait que, primitivement, tous les kystes de la rate sont centraux et peuvent devenir secondairement juxta-spléniques en s'extériorisant. Nous admettrions plus volontiers que la localisation et le développement anatomique du kyste sont subordonnés à la disposition particulière des vaisseaux spléniques : l'artère splénique étant une artère terminale, on comprend facilement qu'une embolie parasitaire, arrêtée dans une de ses branches, puisse donner un kyste central si elle est dans une branche centrale alors que, au contraire, si elle suit une artère aboutissant à la corticalité ou sous la capsule de Malpighi, elle donne un kyste dit extériorisé ou un kyste juxta-splénique. Ceci n'excluant pas, bien entendu, la possibilité pour un kyste primitivement central, de s'extérioriser au cours de son évolution.

Une autre question à propos de laquelle on rencontre des divergences d'opinion parmi les auteurs, présente au point de vue des ruptures un certain intérêt : le kyste hydatique de la rate s'accompagne-t-il de réaction péritonéale à son niveau ? M. Dévé, qui s'est spécialisé dans l'étude de l'Echinococcose, pense que le kyste hydatique peut atteindre un volume assez considérable sans déterminer de troubles appréciables. Il insiste particulièrement sur ce fait que, contrairement à l'opinion classique, il ne détermine qu'assez rarement, à moins de complication, la formation de périkytite adhésive.

D'ailleurs, lorsqu'on examine des kystes hydati-

ques d'animaux (foie et rate) — où ils doivent apparemment déterminer des altérations réactionnelles au moins voisines de celles qu'ils déterminent chez l'homme — on est frappé par cette absence complète d'inflammation, ou d'irritation périkystique.

C'est une notion à retenir et sur laquelle nous reviendrons plus loin, car elle explique peut-être la rareté des ruptures du kyste dans le tube digestif.

Quant aux modifications de la rate elle-même, elles sont variables. DIEULAFOY, dans ses études cliniques, rapporte que « *en certains endroits, le tissu splénique environnant (le kyste) est aminci, réduit à l'état de coque au point qui correspond au centre de la rate tandis que, aux extrémités, il a subi une telle exubérance que la rate, après ablation du kyste, pesait encore 800 grammes, c'est-à-dire 4 fois son poids normal. Dans la partie amincie, qui forme coque, du tissu de sclérose s'est substitué au tissu normal de la rate. L'hypertrophie des autres parties de la rate est une hypertrophie compensatrice.* » En réalité, il y a des cas rapportés par différents auteurs où cette hypertrophie n'existe pas et où la rate se présente normale ou bien très atrophiée.

Dans un cas de Warot ce qui restait du tissu splénique ne pesait pas 105 grammes. Dans un autre cas, de Gérard Marchant, le parenchyme splénique avait presque disparu.

Un autre mode évolutif du kyste hydatique de la rate est la *calcification*. Elle est rare ; mais on en a cependant signalé quelques cas où la paroi kystique était épaisse de plusieurs centimètres.

Ces faits de kystes calcifiés ne sont pas sans intérêt et méritent d'être connus pour expliquer certains résultats lorsqu'on étudie les réactions humorales dans l'échinococcose.

Rapports du kyste avec les organes voisins. — Dieulafoy distingue, en ce qui concerne leur direction, deux grands groupes évolutifs : les kystes ascendants ou thoraciques, et les kystes descendants ou abdominaux.

Martin ajoute dans sa Thèse, pour être complet, un groupe de kystes, individualisé sous le nom de pancréatico-spléniques, qui ont un développement postérieur et adhèrent souvent à la queue du pancréas et au rein gauche.

Les kystes ascendants, développés entre la rate et la coupole diaphragmatique gauche, adhèrent au lobe gauche du foie, refoulent le diaphragme, le poumon gauche, puis le cœur, distendent l'hémithorax ; ils peuvent perforer le diaphragme, la plèvre, et s'ouvrir dans les bronches en provoquant une vomique.

Les kystes descendants, au contraire, en se développant vers la cavité abdominale, remplissent l'hypochondre gauche et la fosse iliaque, peuvent descendre dans le petit bassin et même dans le Douglas, ce qui est rare d'ailleurs. Ils peuvent adhérer à l'intestin grêle, au côlon gauche qui est refoulé et embrasse la tumeur en arc de cercle. Ils peuvent s'ouvrir n'importe où, particulièrement dans le côlon, et provoquent alors une débâcle de vésicules par l'anus.

Les formes antérieures ou gastro-spléniques concernent des cas rares où la tumeur évolue vers le

grand épiploon et l'estomac, dans lequel elle peut s'ouvrir, comme dans un cas de Gerdin-Roze.

Enfin, les kystes postérieurs, à évolution lombaire, sont habituellement en rapports intimes avec les vaisseaux spléniques ce qui rend leur ligature assez délicate. Ils adhèrent quelquefois à la queue du pancréas et au pôle supérieur du rein gauche, et peuvent en imposer, par exemple, pour une hydro-néphrose volumineuse, une tumeur du pancréas ou du rein, comme dans un cas rapporté par Quénu et Duval.

Une dernière notion à conserver est celle de la multiplicité des kystes hydatiques de la rate. Plusieurs cas ont été rapportés, en effet, dans lesquels la rate présentait au sein de son parenchyme de nombreux kystes plus ou moins isolés les uns des autres. La thérapeutique chirurgicale, dans ces cas-là, n'est pas la même, comme nous le verrons plus loin.

4° Symptomatologie.

Un fait domine dans les observations cliniques publiées sur le kyste hydatique de la rate : c'est la période de latence prolongée qui accompagne le début de cette affection.

« Il en est des kystes hydatiques de la rate comme des kystes hydatiques du foie — dit Dieulafoy ; on ne peut savoir à quel moment ils commencent à se développer, car il y a de part et d'autre une période latente de durée indéterminée. »

Nombreux sont les cas où la localisation ne s'est révélée qu'à l'occasion d'une complication : rupture ou suppuration. L'observation que nous rapportons plus loin illustre cette particularité ainsi que la dif-

ficulté parfois considérable de porter, dès le début de l'évolution, un diagnostic exact.

D'après ce que nous avons dit de l'évolution anatomique du kyste de la rate, on conçoit d'ailleurs que le tableau clinique est extrêmement variable d'un cas à l'autre, d'où la difficulté de décrire une symptomatologie univoque.

Il semble préférable et plus pratique d'étudier séparément les différents signes qu'on peut trouver au cours de l'examen clinique et d'étudier ensuite brièvement les formes cliniques.

SIGNES FONCTIONNELS. — Le kyste de la rate est, peut-on dire, de tous les kystes hydatiques, celui qui s'accompagne le moins de troubles fonctionnels. La douleur est souvent le premier signe observé. Sa date d'apparition est très variable ; parfois elle se manifeste par de petites douleurs, survenant par accès, de plus en plus rapprochés et de plus en plus aigus ; d'autres fois, elle débute brutalement et prend immédiatement des caractères inquiétants. Elle semble d'ailleurs dépendre beaucoup plus de la situation que du volume du kyste. Elle est habituellement une sensation de poids, d'oppression, de tiraillement dans l'hypocondre gauche, accrue par la fatigue, se calmant par le repos. Elle acquiert parfois le type névralgique à sièges variables (scapulaire gauche, intercostal, dorso-lombaire, phrénique, gastrique, etc.). Le malade que nous avons observé présentait précisément une scapulalgie gauche très gênante, bien avant l'apparition d'une tumeur sous les fausses côtes.

Les signes douloureux peuvent rester ainsi isolés

pendant fort longtemps, 12 ans dans un cas de Cavinna, sans qu'aucune manifestation de tumeur ou d'hydatisme n'attire l'attention sur la rate ou l'échinococcose. La douleur peut d'ailleurs manquer, comme dans le cas de M. Michaux, et le kyste se développe dans ce cas, sans manifester sa présence par aucun phénomène douloureux.

TRoubles RESPIRATOIRES. — Ils n'apparaissent évidemment que dans les kystes à évolution thoracique. La dyspnée l'oppression, l'esoufflement, peuvent se rencontrer ainsi que le signe décrit par Trinkler : à savoir l'impossibilité pour le malade de rester couché sur le côté gauche. Tous ces symptômes n'ont rien de pathognomoniques d'une affection de la rate et contribuent plutôt à orienter le diagnostic vers une maladie pleuro-pulmonaire ou tout au plus la possibilité d'un abcès sous-phrénique.

SIGNES DIGESTIFS. — Ceux-ci sont rarement des signes précoces. Ce n'est guère que longtemps après le début clinique des kystes à évolution abdominale, qu'on retrouve, décrits par certains auteurs, la dyspepsie, l'anorexie, les nausées, et surtout la constipation avec débâcles diarrhéiques.

SIGNES PHYSIQUES. — L'apparition d'une tumeur dans l'hypocondre gauche est, dans d'autres cas, le seul signe qui attire l'attention du malade. Elle donne souvent l'aspect d'une splénomégalie.

L'inspection décèle souvent un soulèvement de la région, une asymétrie manifeste avec voussure de l'hypocondre et du flanc gauche, élargissement du thorax à sa base, écartement et immobilisation des

dernières côtes gauches, la respiration prenant un type unilatéral droit. La déformation est habituellement beaucoup plus visible sur le malade debout et examiné de face et de profil.

Ces signes nécessitent, pour apparaître, un kyste déjà volumineux. Le plus souvent, c'est à la palpation qu'on se rendra compte de la présence d'une tumeur apparaissant généralement sous le rebord costal gauche et dans le flanc, tumeur arrondie ou un peu allongée, indolente, à surface lisse, et qui se dirige comme une rate normale en bas et en dedans. On peut très facilement croire à une hypertrophie habituelle de la rate, dont on sent le bord antérieur arrondi, induré, avec des incisures.

Il faut signaler, à ce point de vue, comme l'a fait remarquer M. Costantini, qu'un kyste hydatique développé dans la région du lobe gauche du foie peut provoquer un abaissement concomitant de la rate et l'on conçoit combien l'erreur est aisément commise dans ce cas qui consiste à porter le diagnostic d'hypertrophie de la rate ou même d'échinococcose, si les réactions spécifiques sont positives.

La percussion révèle habituellement de la matité au niveau de la tumeur. Cette matité qui dépasse le rebord costal et qui peut s'étendre plus ou moins vers le haut jusqu'à la sixième ou cinquième côte, ou dans l'abdomen, se confond en général avec la matité hépatique, et rend le diagnostic particulièrement malaisé avec les tumeurs du lobe gauche du foie. On ne trouve jamais d'ascite ; par contre, A. Martin insiste sur une sonorité de la région iléo-lombaire, qui serait

pour lui absolument constante. Encore ne faut-il pas compter sur la matité pour faire un diagnostic de kyste hydatique de la rate ; pour peu que le côlon transverse soit adhérent à la tumeur et l'encadre, sa sonorité, exagérée par compression, gênera considérablement l'exploration de la tumeur.

Le frémissement hydatique est rarement rapporté à propos du kyste splénique ; il est cependant noté par Magdelain et par Trinkler.

L'auscultation ne nous donne absolument aucun signe net en ce qui concerne la tumeur, et ne peut nous servir qu'en cas de kyste thoracique, en révélant de la pleurite et parfois des signes de congestion pulmonaire gauche.

L'examen radiologique pourrait, d'après Cignozzi, donner quelques renseignements sur la tumeur. On sait que la rate est normalement perméable aux rayons ; or, Cignozzi insiste sur le fait que, dans le cas de kyste, l'hypocondre gauche est obscur à la radioscopie, et que la radiographie donne une zone obscure nette et arrondie, avec un contour, comme tracé au compas, de la tumeur. On la trouve habituellement entourée en bas par l'angle gauche du côlon, qui lui-même est abaissé et incurvé, et borde le bord inférieur d'une bande claire par insufflation ou foncée par le bismuth ; en haut, le diaphragme gauche est relevé, diminué dans son incursion, parfois immobilisé. Enfin la plèvre est habituellement libre, et la radiologie permet de plus de constater habituellement que le foie est de forme et de situation normales.

Signalons à ce propos que c'est par l'examen radio-

logique, que François Dainville et Picard ont fait un diagnostic de kyste hydatique de la rate chez un sujet qu'ils soupçonnaient de cancer de l'estomac.

SIGNES GÉNÉRAUX. — L'état général n'est guère touché en dehors de toutes complications. La plupart des auteurs insistent sur le contraste remarquable qu'il y a entre les tumeurs énormes et l'apparence de santé florissante des sujets. On ne peut même pas dire que les troubles digestifs aient un retentissement sur la nutrition ; il n'y pas d'amaigrissement notable, pas d'anémie, et c'est tout au plus si quelques auteurs signalent la présence d'albumine dans l'urine, que Cignozzi considère, avec les cylindres, comme une preuve de néphrite toxique.

Notre malade, à ce propos, ne présentait aucun trouble urinaire et son état général était satisfaisant.

Examen hématologique.

On pourrait s'attendre à voir, dans une destruction au moins partielle de la rate, apparaître des signes hématologiques.

On sait combien les auteurs, il y a quelques années, croyaient fréquente l'éosinophilie dans le kyste hydatique.

Or, il n'y a pas de réaction plus inconstante et moins spécifique que celle-ci. Si elle atteint souvent 10 à 15 et même 30 p. 100 (68 p. 100 dans un cas Cignozzi), elle est souvent inexistante, et Weinberg, en 1908, concluait à son absence dans 50 p. 100 des cas ; elle existe d'ailleurs dans bien d'autres états parasitaires et dans des états de déséquilibre humoral, comme l'asthme, l'urticaire, etc...

On signale habituellement de l'hypoglobulie et de l'hyperleucocytose, mais il existe aussi des cas d'hyperglobulie marquée. Tuffier en a rapporté un cas de 6.800.000, Warot a trouvé une fois un cas de 7.400.000 globules rouges.

MM. Rist, Léon Kindberg et Parvu ont présenté à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, le 15 avril 1910, une observation de kyste hydatique de la rate qui s'accompagnait d'une hyperglobulie vraie atteignant 7.110.000, qui céda à l'intervention.

Les auteurs s'accordent à dire que le chiffre des globules blancs est généralement augmenté (10.000 à 18.000 — 14.820 dans notre observation) et porte indistinctement sur tous les éléments du sang.

D'après le travail d'Hartmann et Vaquez, cet état est exactement comparable à celui qui succède à la splénectomie, où l'on trouve toujours de l'hypoglobulie et de l'hyperleucocytose, avec une exagération du chiffre des polynucléaires en rapport avec l'intervention chirurgicale, et des lymphocytes en rapport avec la suppléance de la moelle osseuse et des ganglions. Le kyste hydatique de la rate réaliserait ainsi une véritable splénectomie fonctionnelle.

Formes cliniques.

Nous avons déjà dit combien la classification ancienne des kystes de la rate était arbitraire et schématique. Il suffit de parcourir les observations pour se rendre compte que la symptomatologie n'est pas aussi tranchée.

Dans les cas de kystes ascendants, les troubles respiratoires dominant. C'est alors qu'on peut croire à

une pleurésie gauche, à un abcès ou à une tumeur du poumon, voire même à un kyste hydatique de cet organe. Si le kyste s'est ouvert dans le poumon et s'évacue par vomique, soit avant, soit après suppuration, le diagnostic du kyste de la rate devient à peu près impossible avant l'opération.

Les mêmes causes d'erreur se retrouvent dans les kystes descendants, beaucoup plus fréquents. C'est alors qu'en dehors des collections sous-phréniques, on peut croire à des tumeurs de tous les organes de l'abdomen et que en cas de kystes pédiculés, on a pu prendre des tumeurs de la rate pour des kystes de l'ovaire, etc... D'ailleurs dans ces cas, comme dans les kystes centraux purs, on peut également voir se poser le diagnostic avec les autres splénomégalies.

CHAPITRE II

La Rupture du kyste hydatique de la rate

Livré à lui-même, le kyste hydatique de la rate devient tôt ou tard le siège de complications : les deux principales sont la rupture et la suppuration.

Ces deux éventualités sont d'ailleurs liées l'une à l'autre par des relations de cause à effet.

La suppuration du kyste, qui peut être engendrée par une infection intercurrente telle que la grippe, peut se voir à l'origine d'une déhiscence secondaire et inversement, la rupture du kyste de la rate dans la plèvre ou dans les bronches, peut être d'abord « aseptique » en quelque sorte et se transformer secondairement en un épanchement purulent.

Il faut donc, pour être précis, distinguer des ruptures de kystes à contenu limpide et des ruptures de kystes suppurés.

Les causes favorisantes de la rupture sont en premier lieu l'accroissement de volume de la tumeur et l'état de tension du liquide à l'intérieur de la poche ; ensuite, l'état anatomo pathologique de la membrane germinative et du tissu splénique environnant, particulièrement friable comme on sait.

Il est incontestable que les traumatismes interviennent souvent comme causes occasionnelles : les chutes sur le ventre, les heurts, les coups sont invoqués.

Nous signalerons, à propos de notre malade, la course. Dans une observation de Malassez, elle provoqua la mort subite par rupture d'un kyste de la rate. Il n'est pas impossible que les modifications de volume subies par la rate au cours du travail musculaire, comme l'ont montré MM. Abelous et Arcé, entraînent à la suite d'un effort tel que la course, une brusque mise en tension du liquide qui favorise la rupture du kyste.

Quoiqu'il en soit, à côté de ces ruptures traumatiques il existe des ruptures spontanées où, apparemment, rien n'explique la brusque déhiscence kystique.

Des cas de ruptures sont ainsi rapportés chez des malades couchés, étendus sur le dos et immobiles. Ce qui montre tout au moins qu'une cause minime, telle qu'un geste, puisse l'occasionner.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous ferons remarquer que la rupture est en général conditionnée par la situation anatomique du kyste, les kystes du bord supérieur de la glande se rompant tout naturellement à travers le diaphragme.

Nous avons parlé plus haut de l'absence fréquente de réactions péritonéales au niveau du kyste hydatique. En réalité, si le kyste évolue un certain temps, il ne tarde pas à contracter des adhérences avec les organes qui l'environnent et c'est précisément grâce à ces adhérences d'approche que la rupture à travers le diaphragme ou dans l'intestin est possible. L'absence fréquente de périsplénite conditionne peut-être la plus grande fréquence des déhiscences intra-péritonéales.

C'est qu'en effet trois voies s'offrent au kyste hydatique qui se rompt : en haut le diaphragme, la plèvre et les bronches, en bas le côlon, et plus rarement l'estomac, enfin au niveau du hile, en général, le péritoine.

Il y a bien un autre mode de rupture, c'est la rupture à la peau ; nous en rapportons plus loin une curieuse observation, mais il est extrêmement rare.

On peut donc classer par ordre de fréquence les déchiscences du kyste de la rate de la façon suivante :

En première ligne les ruptures intra-péritonéales, puis les ruptures dans la plèvre et les bronches, les ruptures dans le tube digestif et enfin, exceptionnellement, les ruptures à la peau.

Nous allons passer en revue ces différents modes d'évolution en rapportant quelques observations qui illustreront les quelques données un peu trop théoriques qu'on peut en tirer.

Disons, en terminant ce préambule, que ces différentes ruptures ne constituent pas au point de vue clinique, d'une manière générale et sauf exception, un processus de guérison, mais qu'au contraire très souvent les parois kystiques se cicatrisent et le kyste évolue à nouveau à tel point que les recherches nécropsiques ultérieures ne permettent pas de retrouver les fissures qui ont livré passage au liquide hydatique.

Rupture du kyste hydatique de la rate dans le péritoine

Les différents auteurs qui ont étudié le kyste hydatique de la rate sont en général très brefs sur la description clinique de la rupture intrapéritonéale de ce kyste. Il semble, à les lire, que les traces d'une telle rupture ne puissent pas passer inaperçues dans les anamnestiques du malade.

Le médecin islandais Jon Finsen, qui fut un des premiers à établir la distinction entre les kystes à contenu limpide et les kystes suppurés, considérait l'ensemble symptomatique suivant comme pathognomonique de la rupture d'un kyste dans le péritoine : apparition d'une éruption d'urticaire, jointe à l'affaissement du kyste (dont on avait antérieurement reconnu l'existence) et sans qu'il y ait issue de liquide au dehors.

Pour être plus complet, à la lumière des observations qui ont été publiées depuis, il faudrait décrire la rupture du kyste hydatique dans le péritoine comme caractérisée par le syndrome suivant : 1° Affaissement de la tumeur accompagnée ou non d'une sensation de déchirure interne ressentie par le malade, quelquefois de la perception d'un liquide s'écoulant dans le ventre ; 2° En même temps, douleur violente ; 3° Ecllosion rapide de phénomènes péritonéaux plus ou moins graves et durables ; 4° Apparition des divers symptômes liés à l'intoxication hydatique : en

première ligne l'urticaire, quelquefois le collapsus, plus rarement des accidents épileptiformes, voire même la mort.

Mais ce serait là un tableau trop schématique et qui ne correspondrait pas à la réalité.

L'observation I que nous publions plus loin donne bien une idée de cette scène clinique classique, mais nous avons tenu à présenter à côté d'elle l'observation II, où il est impossible de retrouver dans les anamnestiques du malade, les traces d'une rupture antérieure, pourtant certaine.

C'est ainsi que bien souvent la symptomatologie de la rupture intra-péritonéale apparaîtra fruste, rétrécie, estompée, inaperçue.

La spontanéité et la latence possible de la rupture du kyste hydatique de la rate dans le péritoine sont deux notions sur lesquelles nous croyons utile d'insister, car elles expliquent les cas d'échinococcose secondaire du péritoine ou du petit bassin dont l'Obs. IV est un exemple.

Certains auteurs ont considéré l'urticaire comme une manifestation d'hydatisme ne pouvant se produire que par suite de la rupture du kyste ou de l'altération de ces parois ; nous dirons quelques mots plus loin, des travaux modernes sur cette question. En tout cas l'analyse minutieuse des anamnestiques, au point de vue d'une crise d'urticaire antérieure, d'une douleur brusque dans le flanc gauche, du météorisme abdominal, devra être poursuivie en présence d'une échinococcose secondaire à un kyste de la rate.

Pronostic de la Rupture.

C'est qu'en effet la rupture intra-péritonéale n'est pas une complication toujours bénigne.

Si les cas de morts subites publiés par Lafabre, Doubre, Malassez et Martin, sont rares, les accidents immédiats consécutifs à la rupture n'en sont pas moins quelquefois sérieux et inquiétants.

Le météorisme, les phénomènes de schock, la petitesse du pouls et la baisse tensionnelle, semblent bien être de l'ordre des accidents anaphylactiques.

Dans ce cas, comme dans l'Obs. I, l'opération précoce s'impose. Elle réalisera un assèchement du péritoine et une cure radicale de la lésion.

Quant aux greffes secondaires, elles demeurent toujours possibles, et c'est là une menace qui demeure longtemps pour le malade. Il faut distinguer à ce point de vue, si le kyste rompu contient des vésicules filles ou bien s'il ne contient que des vésicules proli-gères. La menace d'inoculation secondaire serait moins grave dans le second cas que dans le premier.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces echinococcoses secondaires, mais nous rappellerons pour mémoire, la forme décrite par Le Nouëne et M. Duvé, dite « Pseudo tuberculose hydatique du péritoine ».

Le rôle joué par les ruptures antérieures d'un kyste hydatique, souvent latent, tel que celui de la rate, dans la genèse de l'echinococcose secondaire du bassin ou du péritoine, est considérable : la notion de rupture silencieuse est donc à retenir.

Pathogénie

Nous avons vu combien sont variables les accidents provoqués par le contact du liquide hydatique avec les tissus du sujet parasité.

C'est à propos des ruptures du kyste qu'on peut observer en clinique ces apparentes contradictions qui font que chez un malade une rupture intrapéritonéale revêtira un caractère dramatique, quelquefois mortel, alors que chez un autre elle passera complètement inaperçue.

La remarquable inconstance des accidents observés à la suite de l'inondation hydatique, trouve son explication dans le mécanisme même de l'anaphylaxie.

Le liquide hydatique est apparenté par son aspect et sa composition chimique, avec le liquide céphalo-rachidien. La présence d'albumine est une question discutée. M. G. Lemaire qui s'est attaché à l'étude de l'hydatisme, pense que la présence d'albumines, dans les kystes vivants, est fréquente (0 gr. 10 en moyenne par litre). Ceci a une certaine importance tant au point de vue physio-pathologique qu'au point de vue de la qualité des antigènes hydatiques.

On s'est rapidement aperçu que le liquide hydatique ne possède pas une toxicité spéciale au sens propre du mot. Bien rares sont les expérimentateurs qui ont obtenu soit chez l'homme, soit chez l'animal, des réactions particulières après une première inocula-

tion de liquide. Au contraire, après les délais révolus, une seconde injection détermine les phénomènes relevant de l'état anaphylactique.

On pourrait donc concevoir que les cas d'inondation péritonéale s'accompagnant de réaction anaphylactique, sont ceux au cours desquels les parois kystiques se sont fissurées, réalisant une première inoculation, la seconde se produisant au moment de la rupture alors que les cas de ruptures silencieuses ne se produiraient qu'en une seule fois.

En outre, il est des cas où des ponctions ou des interventions malheureuses ont pu ouvrir la voie une première fois au liquide hydatique.

D'après M. Lemaire, les conditions qui paraissent indispensables pour créer l'état anaphylactique au cours de l'échinococcose, sont les suivantes :

1° Le liquide hydatique doit contenir des substances antigéniques, des albumines parasitaires (albumine étrangère). La théorie de l'anaphylaxie se refuse à admettre que les albumines contenues dans certains liquides hydatiques sont des albumines de l'hôte, non utilisées et non spécifiques.

2° Il faut que le liquide hydatique ait pu prendre un contact direct avec les tissus. La théorie de l'osmose nous empêche d'admettre que les molécules albuminoïdes passent à travers les membranes hydatiques intactes (on les considère comme semi-perméables). Le contact direct du liquide hydatique doit être considéré comme un phénomène accidentel, quoique relativement fréquent.

3° Il faut qu'un laps de temps convenable se soit

écoulé entre le contact préparant et le contact déchaînant.

Ces trois conditions ne se trouvent heureusement pas toujours réunies. Nous avons vu que les liquides hydatiques ne renferment pas tous des albumines; or les autres substances qui s'y trouvent ne sont pas capables de produire l'état anaphylactique. Ce ne sont ni les lipoïdes, ni les polypeptides, que nous pouvons rendre responsables de cet état.

Expérimentant avec un liquide de kyste hydatique de bœuf dépourvu de protéines coagulables, Botteri n'a pu davantage obtenir de choc anaphylactique.

Le liquide hydatique possède donc une fonction antigénique et protéotoxique dont l'inconstance nous échappe, jusqu'à plus ample informé, mais qui joue un rôle primordial dans la production des anticorps et dans la sensibilisation anaphylactique.

Cependant, pour être complet, il resterait à expliquer les manifestations hydatiques qui peuvent se produire en clinique au cours de l'évolution de l'échinococcose et en particulier l'urticaire hydatique. Dieulafoy la considérait comme un symptôme prémonitoire et Debove se demandait si l'urticaire n'était pas le résultat de phénomènes osmotiques anormaux. Il est vrai que les poussées d'urticaire font souvent partie des accidents anaphylactiques, mais elles s'observent aussi tout à fait isolément, et certains auteurs se demandent jusqu'à quel point elles ne pourraient pas en être dissociées. Un certain nombre de phénomènes toxiques, en effet, peuvent apparaître sans qu'il soit question d'anaphylaxie : c'est ainsi que des

substances dépourvues de tout pouvoir anaphylactogène comme l'antipyrine, la peptone, etc..., peuvent engendrer des éruptions urticariennes. Aussi les auteurs qui ont expérimenté avec le liquide hydatique se sont-ils demandés s'il n'existerait pas au sein de ce liquide une substance toxique analogue, capable de dialyser et de diffuser, dont la production ne s'effectuerait qu'à une certaine période de l'évolution biologique de la membrane germinative.

Or, il est extrêmement difficile d'apprécier l'activité biologique d'un kyste en évolution et, d'autre part, des expériences toxicologiques portant sur un poison diffusible et qui ne séjourne par conséquent pas longtemps dans le liquide, ne peuvent pas apporter de renseignements précis à ce sujet.

OBSERVATION I

(SABADINI, *In Thèse* LE NOUENE, p. 60)

Volumineux kyste hydatique de la rate ayant fait explosion dans l'abdomen. — Accidente immédiats bénins. Laparotomie : assèchement du péritoine ; marsupialisation du kyste rompu. Suites éloignées favorables : pas de récidives après plus de six ans.

La nommée C... Agathe, âgée de 18 ans, née de parents espagnols, dans le faubourg Bab-el-Oued (Alger), entre dans notre service de l'Hôpital civil, salle Lisfranc, le 18 mars 1905. Le faciès est un peu pâle, le pouls fréquent mais bien frappé ; le ventre est tendu. La température atteint 37°6. La malade est agitée et répond difficilement à nos questions. Tout ce que nous pouvons obtenir d'elle, c'est que son ventre a grossi depuis quelques mois, surtout en haut et à gauche, et qu'elle souffre horriblement depuis 2 à 3 jours.

La palpation décèle une énorme tumeur occupant tout le côté gauche, depuis les fausses côtes jusqu'au détroit supérieur du bassin, et dépassant d'un ou deux travers de doigt la ligne médiane. Elle est rénitente et mate dans toute son étendue.

Le toucher rectal est pratiqué : aucune tumeur au niveau du bassin. Il n'y a donc aucune connexion entre les organes génitaux et la tumeur abdominale. Cette constatation est importante ; car, à première vue, on était disposé à admettre un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Les renseignements fournis par le toucher montrent donc que la tumeur est essentiellement abdominale, à développement sous-costal. Quand on compare les deux côtés, on voit très nettement que les fausses côtes gauches sont repoussées en dehors et forment voussure.

Notre diagnostic est dès lors : kyste hydatique de la rate à tension maxima, à opérer le plus tôt possible.

L'heure tardive nous fait remettre, bien à regret, l'opération au lendemain. Nous prescrivons pour la journée quelques calmants.

Le lendemain matin, préoccupé par l'état de cette malade, nous nous rendons à l'hôpital à 7 heures du matin. En approchant, nous sommes immédiatement frappé par son faciès, qui est rutilant et couvert de plaques d'urticaire, et aussi par son calme qui contraste singulièrement avec son agitation de la veille. Aussitôt nous pensons à la rupture du kyste. Tranquillement, la malade nous raconte qu'elle a beaucoup souffert toute la journée, après notre départ et une partie de la nuit.

Vers 2 heures du matin, elle a senti comme un craquement dans le côté gauche, puis une chaleur s'est répandue dans tout son ventre : à partir de ce moment elle n'a plus souffert. Elle prétend être guérie... Tout le corps est recouvert de plaques d'urticaire comme la figure. Le ventre est aplati et souple, le pouls fréquent, dépressible. L'état général est satisfaisant, la température non élevée.

L'opération est pratiquée à 1 heure 1/2 de l'après-midi :

Laparatomie médiane. A l'ouverture du péritoine, on constate dans la cavité péritonéale un liquide jaunâtre assez abondant. On fait alors pencher la malade, de façon à évacuer tout ce liquide.

Repérage de la poche kystique naissant à la face interne de la rate. Incision. On vide le kyste qui ne contient pas de vésicules gilles ; on touche la poche avec une solution formolée à 2 pour 100 ; on marsupialise le sac. Drainage.

Suites favorables. La malade quitte l'hôpital le 30 juillet 1905. Elle est revue en 1911 en très bonne santé.

OBSERVATION II

(MICHaux-BOREL et RuGGIERO)

P. G..., ciseleur, âgé de 71 ans, est entré dans notre service, le 29 octobre 1927, pour une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit. Il s'agit d'un très gros obèse qui, depuis son entrée à la maison de Nanterre, se por-

fait avec peine sur deux cannes, mais qui n'a jamais présenté, à ses dires et à ceux de sa femme, aucun trouble que ceux qui sont dus à son obésité.

Notons qu'il s'agit d'un éthylique ancien. Il fait une pneumonie banale avec température qui reste entre 39° et 40° pendant six jours, puis descend à 37°5, pour remonter le lendemain à 39°5. Mort au neuvième jour, dans le collapsus. Au cours de l'affection, nous avons trouvé que le foie semblait petit, et que les urines étaient abondantes et relativement claires. Le ventre semblait normal. Au début de sa maladie le sujet a insisté plusieurs fois de lui-même sur le fait qu'il n'avait jamais été malade ; sa femme, qui est encore hospitalisée dans notre service nous l'a d'ailleurs confirmé depuis, maintes fois.

Autopsie. — Au point de vue thoracique, il s'agit d'une pneumonie banale de tout le lobe inférieur du poumon droit, sans adhérences, sans épanchement pleural. Cœur droit très dilaté, gorgé de sang noir. Il est manifeste que le malade est mort d'insuffisance cardiaque. Mais, à l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons de notables adhérences du péritoine, au niveau de la ligne blanche ; notre couteau tombe d'abord, à droite de la ligne médiane, sur un gâteau d'adhérences, et sur une petite collection d'où sort une matière grisâtre demi-solide dont nous n'identifions pas la nature à première vue.

A gauche de la ligne médiane, nous sentons, d'autre part, une énorme tumeur, très tendue, assez adhérente à la paroi abdominale, et que nous disséquons avec beaucoup de peine. Il s'agit d'une masse fluctuante, à peu près sphérique, à parois épaisses et calcifiées par places, sur laquelle courent quelques très grosses veines. D'une fissure que nous voyons sur la face antérieure du kyste sortent un peu de liquide clair comme de l'eau de roche, et quelques débris grisâtres. Des adhérences postérieures facilement libérables relient la tumeur au pilier gauche du diaphragme et à la voûte diaphragmatique. Il n'y a pas d'adhérences avec le foie. Le kyste pèse 4 kg. 900 ; il s'agit d'un kyste hydatique dont la rate

fait partie. Celle-ci est extrêmement allongée, longue de 22 cm., large de 8 cm. dans sa plus grande largeur, mais très peu épaisse. Elle est accolée à la partie externe de la tumeur qui s'est développée sur sa face concave, au niveau du pédicule splénique. Le kyste lui-même donne à la palpation la sensation caractéristique du frémissement hydatique. Son ouverture laisse écouler plusieurs litres de liquide eau de roche, et un nombre très considérable de vésicules filles dont les plus grosses mesurent environ 4 cm. de diamètre. Mais la plus grande partie de la poche est occupée par la membrane hydatique repliée sur elle-même, grisâtre, un peu irrégulière, absolument semblable à la matière grise qui s'est échappée de la petite collection ouverte tout d'abord.

En dehors de cette énorme tumeur, nous avons eu la grande surprise de trouver le péritoine à peu près complètement tapissé, aussi bien sur la séreuse pariétale que le long des méso-intestinaux, d'un nombre très considérable de petites formations, à peu près régulièrement rondes quelquefois ovales, habituellement très dures au toucher ; les plus petites sont grosses comme des têtes d'épingles, mais la plupart mesurent la dimension et ont la consistance et l'orient de véritables perles de gros-seur moyenne.

Il y a au moins plusieurs centaines de ces lésions. De temps à autres nous rencontrons des formations, également sphériques, en général, mais plus molles, et qui, à la pression, éclatent pour laisser apparaître une petite membrane hydatique ; enfin, nous trouvons quelques kystes hydatiques véritables, très régulièrement sphériques qui présentent à l'intérieur, en petit, un aspect absolument semblable à celui du gros kyste de la rate. Nous en avons compté une dizaine, dont un, entre autres, sur le bord interne du cæcum ; mais il nous est impossible d'explorer entièrement le péritoine, infiltré de graisse et relativement adhérent. Nous avons recherché systématiquement la présence de kystes dans tous les organes, et nous n'en avons trouvé aucun, pas plus dans le foie ou dans le cœur que dans les autres viscères, où ils se développent habituellement. Sur le péri-

toine de la face inférieure du foie, vers le hile, nous avons seulement retrouvé un minuscule élément, gros comme une tête d'épingle. Notons enfin que, contrairement à ce que l'on trouve généralement dans ces cas, il n'y avait presque aucun élément kystique dans le bassin. Ajoutons, pour être complets, que les reins étaient petits, rétractés et très rouges et que le foie était assez volumineux et gras.

OBSERVATION III

(GRAZIANI, *Il Clinica*, Rome 1926)

Femme de 54 ans. Ateinte depuis plusieurs années d'une myocardite consécutive à une endocardite aiguë. En 1923 elle va trouver un chirurgien parce qu'elle a constaté la présence d'une tumeur dans l'abdomen. Elle présente de la fièvre et l'état général décline rapidement. On fit le diagnostic de carcinome diffus du péritoine et, soit à cause de cette affection elle-même, soit à cause de la myocardite l'idée d'une intervention fut écartée et un traitement purement médical fut conseillé.

Les douleurs, la fièvre avec exacerbation vespérale continuèrent et la tumeur s'accrût. Inappétence, pyrosis, sensation de constriction gastro-thoracique, coliques, fréquents besoins d'uriner, ténesme.

L'abdomen devint énorme, turgescant, avec déplissement de la cicatrice ombilicale, de consistance rénitente sans frémissement hydatique.

Nouvel examen : Dans l'hypocondre gauche se trouve une masse compacte, lisse, qui soulève tout l'hypocondre.

On fait un examen radiographique qui montre un hémidiaphragme gauche surélevé avec une bulle d'air gastrique en position médiane, une ombre dense dans le reste de l'abdomen.

R. Wassermann : négative.

R. Bothello : négative.

R. Casoni : positive.

Le 21 septembre 1925 l'intervention est pratiquée :

on trouve un volumineux kyste grisâtre occupant la paroi supérieure et gauche de la vessie et un deuxième kyste, appendu à la rate. Celle-ci est refoulée sous les côtes. Avec beaucoup de difficultés, eu raison des adhérences péritonéales en bas, des adhérences à l'estomac, au lobe de Spiegel et à la paroi en haut, on arrive à extirper la poche kystique sans pratiquer la splénectomie.

Les auteurs estiment qu'il s'agissait, dans le cas, d'un kyste primitif de la rate rompu ou fissuré dans le péritoine avec échinococcose secondaire au niveau du péritoine vésical.

Rupture dans la plèvre et le poumon

Ce qui différencie, en général, les ruptures dans le péritoine des ruptures dans la plèvre, c'est que dans le premier cas, après des troubles passagers, tout rentre dans l'ordre le plus souvent, et les germes semés dans la séreuse peuvent évoluer à leur aise, tandis que dans la plèvre la rupture du kyste occasionne plus ou moins rapidement des accidents graves qui ne donnent pas aux germes échinococciques le temps d'évoluer.

On remarque, dans ce cas, que les kystes de la rate qui s'ouvrent dans la plèvre sont fréquemment des kystes suppurés ou (ce qui revient à peu près au même) que leur rupture est rapidement suivie de pleurésie purulente (Obs. Zwirn). Mais il ne paraît pas impossible que des kystes de la rate, non suppurés, puissent s'ouvrir dans la plèvre, et que cette rupture demeure aseptique. C'est le cas de l'Obs. Guérin Legros.

Les conséquences de cette rupture sont, ou bien la formation d'un épanchement purulent évacué ou non par vomique, ou bien la formation d'un kyste pleural secondaire comme dans l'Obs. de Küster.

Les observations de kystes hydatiques de la rate rompus dans la plèvre, que nous rapportons ici, illustrent ces différents processus d'évolution, à savoir :

Obs. IV : la suppuration suivie de mort.

Obs. VII : la suppuration suivie de guérison grâce

au traitement chirurgical.

OBS. VIII : la formation d'un kyste secondaire de la plèvre.

OBS. IX : la formation d'un épanchement pleural non suppuré.

OBSERVATION IV

(DUROZIER, *Gazette des Hôpitaux*, 1870, 385)

Malade de 31 ans, fondeur, entre à l'hôpital le 8 octobre 1850 pour une hémiparésie gauche avec lésion du cœur.

Le 9 décembre il présente des signes de splénisation du poumon gauche : Température élevée, dyspnée, expectoration opaque purulente, couleur lie de vin.

L'état se maintient ainsi pendant quelques jours.

Le 14 décembre on trouve dans le crachoir des débris analogues à du blanc d'œuf mais qui placés dans l'eau, se montrent formés d'un certain nombre de feuillets emboîtés qui sont des débris d'hydatides.

A l'autopsie : le poumon gauche présente une adhérence marquée au diaphragme avec « une plaque fibro-celluleuse très bien organisée ».

La rate est creusée en son milieu d'une vaste caverne remplie d'ichor lie de vin foncée et de flocons de tissus bruns noirâtre qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe frappé de sphacèle.

« Il n'est pas douteux que la poche hydatique de la rate après avoir déterminé les adhérences que nous remarquons avec le diaphragme et avec le lobe inférieur du poumon gauche ne se soit vidée dans les bronches : à l'autopsie il n'y avait plus aucune trace de la perforation. »

OBSERVATION V

(In Th. CRAS, p. 63)

Kyste hydalique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme.

Marie C..., d'un village des Landes, entre à l'hôpital, le 23 octobre 1895.

Aussi loin qu'elle peut remonter dans ses souvenirs, elle se voit toujours avec une douleur de côté. Elle gardait les moutons dans les bois et buvait souvent de l'eau dans les ruisseaux ; il y avait un chien dans la maison.

A 12 ans un médecin appelé auprès d'elle diagnostiqua une fluxion de poitrine, et fait poser dix ventouses.

A 21 ans, nouveau diagnostic de fluxion de poitrine, avec pleurésie gauche ; elle reste trois mois au lit. A partir de ce moment elle s'enrhume facilement, a des hémoptysies légères.

Devant la persistance de la douleur du côté gauche une ponction pleurale est pratiquée : elle donna un peu de liquide purulent, où on trouva une membrane blanchâtre, présentant la structure en feuillets des kystes hydatiques et de nombreux crochets.

La rate est volumineuse ; elle descend jusqu'à deux doigts au-dessus de la crête iliaque. En dedans on trouve son bord tranchant à quatre doigts de l'ombilic. Pas de frémissement hydatiques, pas de fluctuation.

La température de la malade ayant monté progressivement à 40° une intervention est décidée. Ponction dans le huitième espace intercostal, incision de 4 centimètres qui amène une quantité considérable de pus offrant de nombreuses vésicules hydatiques. Résection d'une partie de la 5° côte. Le doigt introduit sent en bas une voûte formée par la convexité du diaphragme, et en un point une dépression, sorte d'hiatus à travers lequel est engagée et prise une membrane hydatique. Agrandissement de cette ouverture qui fait communiquer la plèvre avec la rate, 4 ou 500 vésicules sortent à ce moment. Lava-

ges, drainage, pansement. Mort par affaiblissement le 18 janvier.

Autopsie : La partie supérieure de la rate se perd sous le dôme diaphragmatique avec lequel elle adhère. La rate est creusée d'une cavité qui occupe ses trois quarts supérieurs et communique largement avec la partie inférieure de la plèvre. Vaste clapier purulent dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est petit, tendu, rataatiné en haut, près de la colonne vertébrale.

OBSERVATION VI

(REBOUL, de Nîmes. In Th. CRAS, p. 71)

Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme

Amélie M..., 35 ans. Tumeur du volume du poing, depuis 4 ou 5 ans, siégeant dans l'hypocondre gauche. En 1894 la tumeur s'accroît notablement. Elle entre à l'hôpital le 14 août. On constate une tumeur volumineuse occupant le flanc et l'hypocondre et empiétant sur les régions épigastrique et ombilicale. L'examen du thorax gauche donne une matité absolue dans les deux tiers inférieurs. Absence de vibration et de murmure vésiculaire.

Opération le 22 août, qui montre une perforation du diaphragme admettant quatre doigts. Lavage, drainage, pansement.

La malade sort le 15 décembre. Le soir même elle présente une température à 39° et une suppuration abondante. Elle meurt le 12 février après des accidents hémiplegiques.

Autopsie : Kyste hydatique développé dans l'extrémité supérieure et le bord postérieur de la glande. Deux kystes hydatiques suppurés dans la région frontale de l'encéphale.

OBSERVATION VII

(ZWIRN, *Marseille Médical*, 1921, p. 373)

M^{me} A. G..., 55 ans, vient de Corse et entre à l'hôpital le 19 octobre 1920. Depuis 7 ans se développe, avec un peu de fièvre au début, une tumeur de l'hypocondre gauche qui gagne petit à petit toute la moitié gauche de l'abdomen sans provoquer de grandes douleurs.

Il y a deux mois : évacuation par vomique, d'abord, d'un liquide clair, de saveur salé, ensuite de pus.

La vomique dure 3 jours ; la voussure de l'abdomen s'affaisse. Aussitôt après, la tumeur se développe de nouveau. A l'examen nous constatons une grosse tumeur de l'hypocondre gauche s'étendant depuis le diaphragme jusqu'à la crête iliaque et, dans le sens transversal, jusqu'à la ligne médiane. Cette tumeur est rénitente, lisse et mate à la percussion. L'examen des autres organes ne montre rien d'anormal, on ne relève aucun signe fonctionnel urinaire.

L'intervention montre qu'il s'agit bien d'un kyste de la rate qui s'est vidé par les bronches. Elle est suivie de très bons résultats.

OBSERVATION VIII

(GUÉRIN-LEGROS. *In Th.* DEVÉ, 1900-1901)

Autopsie : rate adhérente à la paroi costale et au diaphragme. Au milieu des adhérences petit kyste clair, contenant des vésicules filles, indépendant de la rate. Un kyste hydatique formé primitivement dans la rate a évolué vers la plèvre gauche. Poumon droit normal. Le poumon gauche, petit, repoussé vers la colonne vertébrale par la collection pleurale est dur, tendu, farci de kystes hydatiques non suppurés contenant du liquide clair, eau de roche et des hydatides. Le sommet en est pourtant à peu près exempt. A l'incision de la paroi tho-

racique du côté gauche on a rencontré également quelques petits kystes perdus dans la paroi. Pas de kystes ailleurs.

OBSERVATION IX

(KUSTER)

Une malade âgée actuellement de 34 ans fut opérée le 19 juillet 1886 dans l'Augusta Hôpital pour un kyste hydatique de la rate. L'opération avait été précédée d'une ponction exploratrice qui fut suivie d'accidents assez sérieux.

Il resta après l'opération une fistule qui ne tarda du reste pas à se fermer.

Or la malade revint le 29 juin 1889. Elle présentait une voussure fluctuante dans la moitié gauche du thorax, étendue de la 2^e à la 5^e côte ; au-dessous, la sonorité était normale. Une ponction exploratrice faite au niveau de la tumeur fut suivie encore une fois d'une poussée d'urticaire. Le 2 juillet, après avoir pratiqué la résection de la 2^e côte, on incisa la plèvre ; il sortit de la poche du liquide contenant de nombreux scolex mais pas de vésicules filles : la cavité kystique était grosse comme le point. L'opération fut suivie d'un épanchement pleural qui nécessita une nouvelle intervention à la suite de laquelle la guérison survint.

Rupture dans le tube digestif

On peut dire que c'est une complication exceptionnelle du kyste hydatique de la rate.

Elle semble être en même temps la plus bénigne, en dehors des cas où c'est un kyste suppuré qui se rompt comme dans l'Observation de Brault que nous rapportons plus loin.

On retrouve à peu près toujours le même tableau clinique : la rupture survient soit à la suite d'un traumatisme, soit après un effort, une course en particulier, soit enfin spontanément, sans cause apparente, lorsque le kyste a atteint un volume suffisant ; la rupture peut alors passer plus ou moins inaperçue, et expliquerait les trouvailles d'autopsie de certains auteurs.

Le cas du malade, que nous avons pu observer, semble être la forme clinique typique, dont voici les principaux éléments : notion antérieure d'une tumeur de la rate, effort ou traumatisme, quelquefois sensation intense de brusque déchirement, suivie bientôt d'un état de malaise, petitesse, rapidité et irrégularité du pouls, cyanose, sensation d'étouffement, débâcle de liquide limpide par l'anus, apparition d'une poussée d'urticaire et, en même temps, disparition plus ou moins complète de la tumeur splénique jusque là observée. L'évolution immédiate est bénigne : en deux ou trois jours, l'urticaire disparaît, le pouls reprend son caractère habituel et tout rentre dans l'ordre. Mais il n'est pas impossible qu'une suppuration secondaire

du kyste s'établisse et, en tous cas, la rupture ne constitue pas un processus de guérison du kyste, qui continuera bien souvent à s'accroître par la suite.

En publiant l'observation de notre malade, nous avons recherché dans la littérature médicale, les cas de rupture dans le tube digestif qui pouvaient se rapprocher de celui-ci. Ils sont très peu nombreux.

On cite deux cas de GERIN-ROZE, où l'ouverture se fit dans l'estomac, se traduisant par une véritable vomique gastrique.

Nous avons relevé dans un article de M. Wassil MOLOFF, de Sofia, les lignes suivantes que nous traduisons :

« Parmi mes malades s'en trouvait un (il s'agissait d'un kyste hydatique de la rate) qui fit une rupture dans l'intestin avec accroissement ultérieur de la tumeur. »

Il semble bien que le cas le plus fréquent soit la rupture au niveau du côlon.

Nous rapportons plus bas un cas de Brault, où la rupture s'est produite dans le côlon transversal, et un cas publié par Trinkler, où l'ouverture se fit à la fois dans le poumon et dans le côlon gauches.

OBSERVATION X

(Professeur CADE ET BERGERET, *J. de Médéc. de Lyon*,
Août 1929)

Notre observation concerne un malade âgé actuellement de 29 ans, M. N...

En décembre 1925, ce malade entre à la salle Saint-

Bruno, à l'Hôtel-Dieu, pour des douleurs dans l'hypochondre gauche.

Ses parents sont vivants et bien portants. Un de ses frères a été tué pendant la guerre, un autre a été tué accidentellement. Six autres frères et sœurs sont en bonne santé.

Il est célibataire et exerce la profession de berger. Autrefois, il a eu la scarlatine, mais s'est toujours assez bien porté. On ne relève dans ses antécédents ni bacillose ni spécificité.

En 1920, lors de son service militaire, il est envoyé en Syrie pendant huit mois et, dès son arrivée, il est hospitalisé pendant une huitaine de jours pour un état fébrile qu'on ne peut faire préciser. On pense à du paludisme, et pourtant le malade assure que depuis cette époque, il ne présenta jamais plus d'accès semblable.

Depuis son retour de Syrie, il fait son travail régulièrement, ne se sent pas malade, mais pourtant il éprouve une sensation douloureuse dans l'hypochondre gauche et surtout une irradiation dans l'aisselle et l'épaule du même côté. L'interrogatoire ne révèle, par ailleurs, aucun passé diarrhéique ou dysentéique.

L'affection qui amène le malade aurait débuté d'après lui cette année (1925). Déjà, au mois de mars, il avait un peu maigri, perdu ses forces et l'appétit.

En juin, il commence à éprouver un point douloureux dans l'hypochondre gauche, avec irradiation vers la région axillaire du même côté. Cette douleur est sourde, continue, s'exaspère un peu après l'effort ; elle constitue le seul symptôme qui l'inquiète. A aucun moment, il n'a eu de fièvre, l'amaigrissement n'est pas considérable, il n'existe pas de troubles digestifs, pas d'hémorragies. C'est un malade au teint coloré, dont l'état général paraît assez bien conservé.

A l'examen clinique, on constate la présence d'une rate nettement hypertrophiée, dont la matité est de quatre à cinq travers de doigt légèrement douloureuse au palper. Le grand droit du côté gauche semble un peu contracturé et on trouve un certain degré d'empatement dans toute la région hypochondriaque,

Le foie est normal. Il n'y a pas de signes d'épanchement péritonéal. On ne trouve rien aux poumons : rien à signaler en particulier à la base gauche. Rien, non plus, d'anormal du côté de l'appareil cardio-vasculaire.

On ne perçoit nulle part de ganglions.

Les réflexes sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Examen du sang :

Globules rouges	4.439.000
Globules blancs	14.880

Forme leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.	78 %
Lymphocytes	11 %
Moyens mononucléaires ..	4 %

Quelques myelocytes.

On propose à ce malade un traitement radiothérapique qui est accepté, et pratiqué par M. le Docteur Japiot ; puis le malade repart chez lui et revient se faire examiner à plusieurs reprises en février, avril, juin et octobre 1926. De nouveaux examens hématologiques sont faits qui montrent la même abondance de polynucléaires.

Depuis octobre 1926, ce malade n'était plus revenu dans le service, lorsque le Docteur Morel (de St-Christophe-en-Brionnais), qui l'examinait de temps en temps, nous écrivit :

« ... Il y a quelques jours, le 9 février 1929, je fus appelé auprès de lui. Il était parti à la poursuite d'une chèvre le matin même, avait couru beaucoup, sauté une haie, et on l'avait trouvé à peu près sans connaissance à quelque distance de chez lui. Je le trouve en effet, à mon arrivée, inerte dans son lit, avec un pouls imperceptible, très cyanosé, manquant d'air. A l'examen, un cœur très irrégulier, incomptable, et une éruption d'urticaire.

« Son ventre est souple, plus de rate perceptible ; un état de malaise intense, des nausées et une sensation d'étouffement presque continu. J'apprends qu'au moment de l'accident, il avait eu une débâcle de liquide, aussi clair que de l'urine, dit-il,

« Je le revis le même jour : même état de shock, l'urticaire avait à peu près disparu. Puis, le lendemain, l'urticaire reparut de nouveau, intolérable, et dura deux jours. Le cœur redevint progressivement normal. Actuellement, (28 février) le malade va bien. La masse que l'on sentait dans l'hypocondre gauche a disparu ; on a même l'impression d'un vide à ce niveau.

Pendant quelques jours les matières ont été enrobées de glaires avec un peu de sang... ».

Et le Docteur Morel concluait très justement : « A mon avis, kyste hydatique de la rate, s'étant ouvert spontanément dans l'intestin. »

A la suite de cet événement, le malade se sentit mieux, jusqu'au jour où, progressivement, il s'aperçut que sa rate réaugmentait de volume. Au mois d'avril dernier, c'est-à-dire deux mois après la rupture de son kyste, il revint à l'hôpital, se plaignant à nouveau de l'hypocondre gauche. On constata à ce moment que la rate nettement hypertrophiée débordait de deux travers de doigt sous les fausses côtes.

Ce malade ne fit qu'un court séjour dans le service, la proposition d'une intervention l'ayant effrayé, et les réactions biologiques ne purent être pratiquées. On fit seulement une recherche des leucocytes éosinophiles qui se montra d'ailleurs négative.

Telle est l'histoire clinique de notre malade. Nous avons pensé, comme le Docteur Morel, que le diagnostic d'échinococcose de la rate était le seul plausible. Cette brusque disparition de la splénomégalie coïncidant avec une débâcle de liquide limpide, cet état de malaise, le shock et surtout l'apparition de deux poussées successives d'urticaire entraînent la conviction. Enfin, la réapparition de la splénomégalie est encore en faveur d'une tumeur kystique parasitaire, continuant à évoluer.

OBSERVATION XI

(*Société Anat.*, 1876, p. 673. M. BRAULT)

Kyste hydatique ouvert dans le côlon

Tal... Philippe, 57 ans, imprimeur, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 octobre 1874.

Il se présente avec un ventre à peu près uniformément développé comme dans l'ascite. Le développement est tellement considérable que l'ombilic a disparu et que l'appendice xyphoïde est subluxé en avant.

La tumeur est lisse, sans bosselures, ni duretés ; fluctuante d'une façon très manifeste. La matité, à la percussion, se continue avec celle du foie, mais aussi avec celle de la rate à gauche. On fait le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Le 28 octobre, il y eut par l'intestin, une véritable débâcle. Le 5 novembre, seconde débâcle, diarrhée incoercible.

Autopsie : Vaste tumeur située dans l'hypocondre gauche, très adhérente au diaphragme, très adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer.

Au contraire, la rate est complètement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est impossible de retrouver la capsule de la rate.

A l'ouverture de la tumeur, sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux, consistance de mastic (hydatides dégénérées).

La tumeur est adhérente au côlon transverse, mais on ne peut retrouver l'orifice de communication avec la tumeur.

OBSERVATION XII

(Russie, In TRINKLER, p. 155)

*Kyste hydatique de la rate ouvert dans le poumon
et l'intestin.*

La malade se présente le 9 janvier avec des douleurs au flanc gauche, et dans un état fiévreux (T. 39°2). On remarque à l'hypocondre gauche une grosse tumeur. Trois semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, elle a ressenti de la frigidité, puis de la chaleur et une douleur dans le kyste où elle n'avait jamais eu mal auparavant.

Une ponction fut pratiquée et l'on obtint une petite quantité de pus. Le 24 février, pendant une quinte de toux, la malade évacue par les bronches un flot de liquide purulent. Il existe évidemment une communication entre la tumeur et les poumons.

L'abcès s'ouvrit une seconde issue dans l'intestin, ce qui occasionna une diarrhée purulente qui dura jusqu'au 17 juillet, date à laquelle la malade mourût.

Autopsie : L'hypocondre gauche est comblé par une tumeur grosse comme une tête d'adulte, de forme ovale, de consistance non homogène. Le tissu de la rate se confond avec celui du kyste, dont la cavité est remplie de pus gangréneux, jaune verdâtre, contenant des membranes vésiculaires.

La tumeur a trois ouvertures : l'une perfore les téguments abdominaux, la seconde donne dans le côlon, la troisième correspond à une perforation du diaphragme dans la partie inférieure du poumon gauche.

OBSERVATION XIII

(HOPE GRANT)

Une malade âgée de 18 ans, présentait dans le côté gauche de l'abdomen une grosse tumeur avec échancru-

te antérieure. Deux ans après le début, elle émit une grande quantité de liquide, en même temps que de l'urine et la tumeur disparut à peu près. Au bout de dix ans, après avoir joui d'une bonne santé et avoir mis au monde cinq enfants, elle expulsa, avec des souffrances assez vives, une certaine quantité de membranes par le rectum, en même temps que du pus, à la fois par le rectum et par l'urètre. Il y avait encore une tumeur petite, molle, dans la région de la rate. Les membranes, examinées par le docteur Galloway, avaient les caractères nets de membranes hydatiques.

Rupture à la peau

Nous ne dirons qu'un mot des ruptures du kyste hydatique de la rate à la peau, à propos de l'Observation curieuse qui suit. Elles sont véritablement exceptionnelles et nous avons suffisamment insisté sur la notion de latence du kyste de la rate pour qu'on puisse comprendre que leur éventualité soit cependant possible :

OBSERVATION XIV

(In Th. LAINÉ)

Kyste de la rate en voie de rupture à la peau.

Malade entrant le 20 décembre 1888 à l'hôpital de Rouen, pour un anthrax qui s'est montré à l'hypocondre gauche près du bord externe du carré des lombes.

A ce niveau : tuméfaction fluctuante, la peau semble sur le point de s'ouvrir. On pratique une incision au point où la peau est rouge, il en sort un pus mal lié et une sorte de peau blanchâtre que l'on prend au premier abord pour du tissu cellulaire sphacélé. Mais en introduisant le doigt dans la cavité, on sent profondément un orifice qui conduit dans une poche plus profonde à travers la masse musculaire.

Le doigt retiré, des membranes blanchâtres sortent et on constate que ce sont des vésicules hydatiques, affaissées, accompagnées de liquide clair. Pas de suppuration du kyste. En recherchant d'où provenait ce contenu de kyste, on sent dans la cavité abdominale une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus. Il s'agit suivant toute vraisemblance d'un kyste hydatique de la rate.

L'interrogatoire apprend ensuite que depuis longtemps déjà le malade avait parfois des douleurs vagues dans le côté gauche, auxquelles il ne fit jamais attention.

Pendant 8 jours, il sort chaque jour une grande quantité de vésicules affaissées. Les suites sont simples, sans suppuration.

On conçoit, après ce que nous venons de dire, des ruptures du kyste de la rate, de son évolution silencieuse et des accidents plus ou moins graves qui peuvent résulter de ses complications, tout l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic étiologique en présence d'une tumeur de l'hypocondre gauche, qui revêt si souvent l'aspect d'une splénomégalie banale.

Dans ce but, nous exposerons brièvement dans le chapitre suivant, les réactions biologiques que le médecin a à sa disposition pour établir, dans la mesure du possible, un diagnostic de certitude.

CHAPITRE III

Les réactions biologiques dans le diagnostic de l'échinococcose

I. — La réaction de Imaz-Lorentz.

Plus connue sous le nom de Ghedini, cette réaction a perdu la confiance de beaucoup de chirurgiens qui la considèrent comme inconstante et sans valeur.

Rappelons que Ghedini, en 1906, fut le premier à appliquer la méthode générale de Bordet-Gengou, au diagnostic de l'échinococcose. Imaz-Apphati et Lorentz, en Argentine, l'ont systématiquement appliquée au diagnostic préopératoire, dès 1908. Presque simultanément, Weinberg et Parvu faisaient connaître en France le résultat de leurs recherches, et contribuèrent puissamment à vulgariser ce procédé de diagnostic, en France et en Europe.

D'après une statistique algérienne de 1928, pays où l'échinococcose est fréquente, M. Lemaire pense qu'on n'obtient de confirmations sérologiques préopératoires que dans 20 % des cas.

II. — Le précipito diagnostic de Fleiz et Lisbonne.

Il donne sensiblement les mêmes résultats. C'est qu'en effet l'absence d'anticorps dans le sérum des malades atteints d'échinococcose est chose fréquente. Ils peuvent d'ailleurs apparaître à la suite de ponction ou d'intervention chirurgicale.

Les pourcentages de réactions positives s'élèvent alors de façon très notable.

III. — **L'éosinophilie.**

On n'y attache plus la même importance aujourd'hui. Ce serait une erreur que de vouloir, sur ce seul examen, baser un diagnostic.

IV. — **L'intra-dermo réaction.**

La méthode intra-dermique a été utilisée par Troisier, Boidin et Laroche en 1910, et surtout par CASONI, en 1912 .

C'est une méthode fort intéressante et facile à pratiquer. En effet, il semble bien qu'elle ne soit pas basée sur la présence d'anticorps circulant dans le sang, fort rares comme nous venons de le dire, mais sur un phénomène d'allergie, beaucoup plus fréquent chez les sujets atteints d'échinococcose. La méthode serait basée sur un processus physiologique habituel, et non pas sur un processus accidentel comme la fissure des kystes et le contact direct du liquide hydatique avec les tissus.

MM. Lemaire et Thiodet se sont attachés, dans leurs travaux expérimentaux, à dissocier le complexe protéotoxique que constitue le liquide hydatique, et ils se sont aperçus que c'est au dialysat qu'est dû le phénomène de la sensibilisation cutanée. Ce produit serait de la famille des polypeptides, et les auteurs pensent que les membranes hydatiques sont perméables à ce produit comme les membranes biologiques utilisées dans les expériences.

Cette réaction est-elle spécifique ? Elle est discu-

tée et il ne saurait en être autrement, car il s'agit toujours de substances complexes et la part qui revient à chacune d'elle dans la genèse de la réaction est difficile à déterminer.

C'est ainsi que chez certains sujets, on a trouvé des réactions de Casoni positives en l'absence d'échinococcose, 7 fois sur 100 cas de maladies les plus diverses (cancer, hydronéphrose, abcès amibien du poumon, paludisme, urticaire). En outre, certains sujets sont particulièrement sensibles aux peptones et les mêmes papules ortiées ont été obtenues par l'injection de liquide hydatique sur un bras et de peptone sur l'autre.

Enfin les auteurs s'accordent pour dire que dans le cas de kystes morts, flétris, calcifiés, la réaction n'apparaît pas.

Quoi qu'il en soit, la pratique de la réaction de Casoni s'est généralisée depuis 1920, et serait positive dans 90 p. 100 des cas.

La technique employée actuellement est simple : on fait sur la peau du ventre ou d'un membre, après nettoyage, une injection intra-dermique de 3 à 4 gouttes d'antigène, qui est, soit du liquide de kyste hydatique humain ou animal, soit, mieux encore, le dialysat. On peut voir une réaction positive presque immédiate dans l'heure qui suit ; on voit alors apparaître au lieu d'injection, une papule blanchâtre, saillante, entourée d'une zone érythémateuse, qui peut atteindre 5 ou 6 cm. de diamètre. Quant à la réaction tardive, elle consiste dans l'apparition, 12 heures après l'injection, d'un gonflement inflammatoire, pouvant

occuper la largeur d'une paume de main, avec œdème plus ou moins intense du tissu cellulaire sous-cutané, qui dure 1 à 4 jours et s'éteint complètement au huitième jour.

CHAPITRE IV

Traitement

La prophylaxie pratique de cette complication que constitue la rupture, consistera à opérer tout kyste hydatique de la rate, aussitôt que diagnostiquée. La chirurgie, à l'heure actuelle et jusqu'à plus ample informé, est seule armée pour traiter l'échinococcose.

Les traitements médicaux proposés jusqu'ici ont tous échoué, bien qu'ils aient été l'objet de travaux nombreux, en particulier de la part de M. Dévé, qui s'est attaché tout particulièrement à l'étude de l'échinococcose.

Il est intéressant, en terminant cette rapide revue générale, de dire un mot des essais poursuivis dans ce sens.

RADIOTHÉRAPIE. — Dès 1905, à la suite d'une observation publiée par le Docteur Diaz de la Guintana, dans le *Siglo Medico* du 7 août 1904, M. Dévé expérimentait le pouvoir parasiticide des Rayons X sur l'échinocoque.

A plusieurs reprises, il recommença ses expériences, tantôt « in vivo », sur des lapins porteurs de kystes hydatiques, tantôt « in situ », sur du sable échinococcique ou des membranes germinatives, et il conclut dans un rapport à la *Société de Biologie*, en 1924 :

« Contrairement à ce qui a été avancé, un peu hâtivement, la radiothérapie pénétrante est donc, à l'heure présente, absolument incapable de provoquer la stérilisation des kystes hydatiques par destruction des éléments parasitaires hautement différenciés que sont les scolex échinococciques. »

AGENTS CHIMIQUES. — Les essais de traitement par l'extrait de fougère mâle, le thymol, les injections d'huile goménolée, le lipiodol, les arsenobenzènes, etc., sur lesquels on a pu, à certains moments, fonder des espoirs, se sont montrés, entre les mains d'expérimentateurs rigoureux, aussi peu efficaces que les rayons X.

VACCINOTHÉRAPIE. — Enfin, les essais de vaccination de M. Pitroff, à l'aide d'un liquide échinococcique riche en antigène, se sont montrés aussi vains que les précédents.

Ce que l'on sait de la biologie de la membrane hydatique, semi perméable, laissant passer à certains moments de l'évolution du kyste, des décharges d'une substance toxique diffusible, peut être du groupe des polypeptides, mais ne se laissant pas traverser par les liquides organiques étrangers, explique la résistance du parasite à ces divers agents thérapeutiques.

LE FORMOLAGE. — Seule une méthode, que l'on doit précisément à l'auteur de ces beaux travaux expérimentaux, a donné des résultats intéressants et s'est rapidement répandue. Il s'agit du formolage préopératoire des kystes hydatiques.

A lui seul ce procédé serait insuffisant, car il lais-

serait à l'intérieur du kyste le « cadavre parasitaire ».

Mais, intervenant comme temps opératoire, il constitue une étape intéressante du traitement de l'échinococcose, car il met à l'abri, dans une certaine mesure, de la récurrence hydatique post-opératoire et des accidents alarmants liés à la toxicité du parasite échinocoque.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette méthode qui doit être retenue, mais dont de nombreux travaux ont déterminé antérieurement la technique et les avantages.

PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Il faut intervenir chirurgicalement pour traiter le kyste hydatique de la rate comme les autres kystes hydatiques de l'organisme.

Nous exposerons brièvement, pour être complet, les principes actuels de ce traitement chirurgical.

La ponction exploratrice. — Et, tout d'abord, une manœuvre à éviter, de l'avis de tous les auteurs, c'est la ponction exploratrice. Le kyste hydatique simulant fréquemment, comme nous l'avons dit, une splénomégalie, il arrive qu'on puisse être tenté de pratiquer une ponction de la rate, qui rendra des services dans le diagnostic étiologique de l'affection. C'est pourtant un geste inopportun, souvent suivi de phénomènes de collapsus, qui donneront des inquiétudes, ou bien servant de première inoculation à des accidents anaphylactiques qui suivront une rupture secondaire toujours possible.

L'examen radiologique. — La radioscopie et la radiographie fourniront des renseignements précieux au chirurgien, sur le degré de mobilité de la rate, sur l'état du dome diaphragmatique et sur le cul-de-sac costo-diaphragmatique qui est plus ou moins comblé par des adhérences lorsqu'il y a réaction pleurale.

MM. Costantini et Goinard insistent particulièrement sur la nécessité de l'examen radioscopique de tout kyste hydatique de la rate, pour se rendre compte, en outre, s'il existe en même temps d'autres localisations échinococciques, en particulier au niveau du foie et du poumon.

Ils recommandent, de même, d'explorer soigneusement le petit bassin, siège fréquent d'inoculations secondaires provenant de l'ouverture spontanée du kyste de la rate, ouverture souvent silencieuse comme nous l'avons vu.

Quant aux procédés de cure radicale du kyste, on a tendance, aujourd'hui, à les réduire à trois :

La marsupialisation.

La splénectomie.

La réduction sans drainage.

La marsupialisation présente l'inconvénient d'entraîner des fistulisations interminables. Aussi la considère-t-on comme devant être réservée, d'une façon générale, bien entendu, aux kystes suppurés. C'est, dit-on, une opération de sauvegarde.

La splénectomie a contre elle deux arguments importants :

1° C'est une opération mutilante, puisqu'elle sup-

prime un organe.

2° C'est une opération grave, car les manœuvres opératoires complexes et la difficulté de l'hémostase la chargent d'une lourde mortalité.

Il faut donc la considérer comme une opération de nécessité et la réserver au cas de kyste central entouré de tissu très friable ou de kystes multiples.

La réduction sans drainage est l'opération de choix, car elle est simple, bénigne et non mutilatrice.

Elle consiste dans l'extirpation de la membrane mère et de son contenu, avec fermeture et sans drainage. Mais elle nécessite un kyste d'accès facile, assez superficiel pour que l'incision n'ait pas à traverser le parenchyme splénique, enfin il faut que le kyste soit aseptique, c'est-à-dire non suppuré.

Telles sont les méthodes actuelles de traitement du kyste hydatique de la rate. Dans un récent mémoire (1924), M. Silvestrini propose les chiffres suivants, que nous rapportons en terminant :

La marsupialisation donne une mortalité de 25 %.

L'énucléation avec réunion sans drainage : 16 %.

La splénectomie : 15 %.



CONCLUSIONS

I. — Le kyste hydatique de la rate est une localisation relativement rare de l'échinococcose par rapport aux autres kystes hydatiques viscéraux.

II. — Une période de latence souvent très prolongée caractérise fréquemment son début et son diagnostic peut prêter à confusion avec toutes les tumeurs de l'hypocondre gauche.

III. — La rupture du kyste hydatique de la rate peut s'effectuer, par ordre de fréquence décroissante, dans le péritoine, la plèvre ou les bronches, le tube digestif, exceptionnellement à la peau.

Elle peut être spontanée ou traumatique.

Il faut distinguer des ruptures de kystes à contenu limpide et des ruptures consécutives à la suppuration.

IV. — Le pronostic des ruptures est essentiellement variable :

Les déhiscence intra-péritonéales peuvent, dans quelques cas rares, entraîner la mort avec un tableau de shock anaphylactique ou de péritonite. Mais, beaucoup plus fréquemment, elles ne s'accompagnent que d'accidents légers ou même peuvent passer inaperçues.

Les ruptures dans la plèvre sont souvent suivies d'une suppuration qui assombrît le pronostic.

L'évacuation dans l'intestin semble être la plus bénigne : elle s'accompagne généralement d'une débâcle diarrhéique et d'une poussée d'urticaire avec un état de shock transitoire.

V. — La prophylaxie de ces complications qui peuvent être la source d'accidents immédiats ou tardifs (échinococcose secondaire) nécessite la mise en œuvre des moyens actuels que le laboratoire fournit au diagnostic de l'Echinococcose et, en particulier, la pratique de la réaction de Casoni qui s'est montrée jusqu'ici assez fidèle.

VI. — Enfin l'intervention chirurgicale est le traitement qui doit être appliqué au kyste hydatique de la rate, car les ruptures spontanées ou traumatiques du kyste ne constituent pas, en général, un processus de guérison et exposent à des risques sérieux.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,

A. CADE

Vu :

POUR LE DOYEN,

l'Assesseur,

Etienne ROLLET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Octobre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- ABELOUS. — Compte rendu. *Soc. Biol.*, Paris 1926, p. 180.
- ALESSANDRI. — Congrès International de Chirurgie de Rome, 1926.
- ALFONSO. — Riv. veneta di Sc. Med., Venise, 1909.
- ARROU. — Bulletin et Mémoires de la *Société de Chirurgie* de Paris, juin 1909.
- BAUDET. — Bull. et Mém. *Soc. Chir.*, Paris, 1^{er} fév. 1911.
- BAZY. — Bull. et Mém. *Soc. Chir.*, Paris, 7 juillet 1909.
- BELOT. — Bull. et Mém. *Soc. Radiologie*, Paris, 1911.
- BERTHELOT. — *Journal de Médecine chirurgicale*, 1790.
- BOURDEL. — Bulletin de la *Société Anatomique*, avril 1884.
- BOYD. — M. et S. *Journal*, Boston, 1925, p. 591.
- BRUMPT. — Précis de Parasitologie, 1927.
- CADÉ ET BERGERET. — *Journal de Médecine* de Lyon, août 1929.
- CARDARELLI. — La reforma med., 12 juillet 1919.
- CASONI. — Folia clinica, chimica et microscopica, Milan, vol. IV, fasc. 3, 31 mars 1912.
- CAVINA. — Archives italiennes de Chirurgie, Bologne, 1925, t. 14.
- CERF. — Anjou médical, n° 12, décembre 1908.
- CHAUFFARD. — *Soc. Méd. des Hôpitaux* de Paris, 22 avril 1910.
- CIGNOZZI. — Archives italiennes de Chir., Bologne, 1922, t. VI.

COSTANTINI ET GOINARD. — *Soc. Chir. d'Alger*, 25 mars 1926.

CRAS. — *Thèse de Bordeaux*, 1896.

DELBET (Pierre). — *Société de Chirurgie*, Paris 1900.

DÉVÉ. — *Thèse de Paris*, 1901.

DIEULAFOY. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-1899.

DUROZIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1870, n° 386.

DRIANCOURT. — *Thèse de Lyon*, 1902.

FINSEN. — *Archives générales de médecine*, 1869.

FRANÇOIS-DAINVILLE ET PICARD. — *Société Anatom.*, Paris, 1924.

GANGOLPHE. — *Thèse d'agrégation*, 1896.

GOINARD. — *L'Algérie Médicale*, 1928, p. 23.

GRAZIANI. — *Il Policlinico*, Rome, 1926. T. xxxii.

ICHOK. — *Presse Médicale*, 21 janvier 1927 (Réaction de Casoni).

LAINÉ. — *Thèse de Paris*, 1888.

LATARGET. — *Soc. des sciences médicales de Lyon*, 1903.

LE FÈVRE. — *Thèse de Paris*, 1875.

LEMAIRE. — *L'Algérie Médicale*, mai 1928.

LE NOEL. — *Thèse de Paris*, 1879.

MARTIN André). — *Thèse de Paris*, 1908.

MERTENS (Zur Borg). — *Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1928, n° 12, p. 1.

MICHAUX, BOREL ET RUGGIERO. — *Le Sang*, 1928, n° 6.

MOLLOW (W.). — *Congrès de balnéologie de Karlsbad*, 1926.

MORTUREUX. — *Thèse* de Paris, 1899.

PATEL (*de Lyon*). — Congrès international de Chirurgie.
Rome, 1926.

QUENU. — *Société Chir.* Paris, juin 1905.

RIST, KINDBERG ET PARVU. — *Soc. Méd. des Hôp.*, Paris,
15 avril 1910.

RUDELLE. — Bull. et Mém. *Soc. Chir.*, Paris, 1922, p. 426.

SILVESTREINI. — Bologna, Capelle, éditeur, 1924.

TRINKLER. — *Revue de Chirurgie*, 1894.

TROISIER, BOÏDIN ET GUY LAROCHE. — *Presse Médicale*,
4 mai 1910.

VAQUEZ ET HARTMANN. — *Société de Biologie*, mars 1907.

WAROT. — *Thèse* de Lyon, 1905.

WEINBERG ET PARVU. — *Traité du sang*, Paris, 1921, t. II.

ZWIRN. — *Marseille Médical*, 1921, p. 373.

TABLE DES MATIÈRES

	pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
Rappel anatomo-clinique	13
Les ruptures du kyste hydalique de la rate.....	27
Ruptures intra-péritonéales	30
Ruptures dans la plèvre et les bronches.....	43
Ruptures dans le tube digestif	49
Ruptures à la peau	57
Les réactions biologiques de l'échinococcose	59
TRAITEMENT	63
CNSCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71

Imprimerie Intersyndicale
— Lyonnaise —
40, Rue de l'Université

